



宮崎大学医学部附属病院精神科におけるコンサルテーション・リエゾン精神医療の現状

メタデータ	言語: jpn 出版者: 宮崎県医師会 公開日: 2010-01-08 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 長友, 慶子, 並木, 薫, 林, 要人, 武田, 龍一郎, 松尾, 寿栄, 安部, 博史, 橋口, 浩志, 石田, 康 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10458/2479

宮崎大学医学部附属病院精神科における コンサルテーション・リエゾン精神医療の現状

長友 慶子¹⁾ 並木 薫²⁾ 林 要人¹⁾ 武田龍一郎¹⁾
松尾 寿栄¹⁾ 安部 博史¹⁾ 橋口 浩志¹⁾ 石田 康¹⁾

要約:宮崎大学医学部附属病院精神科は、宮崎県の身体合併症治療施設として重要な役割を担っており、コンサルテーション・リエゾン精神医療を要する患者が、外来・入院ともに増加する傾向にある。重篤な身体合併症を有する精神障害者に対して、生命予後に関わる処置等を優先せざるを得ないために、精神科医師や看護スタッフが本来、精神科的なアプローチを必要とする患者へ時間を割くことができない状況もしばしばみられる。こうした地域特性の中での精神障害者の身体合併症治療の現状について調査したので、考察を加えて報告する。
〔平成18年11月8日入稿, 平成19年2月26日受理〕

はじめに

宮崎県において、入院施設を有し、総合的に精神障害者の身体合併症管理が可能なのは、当院を含めて数少ない医療機関しかないのが現状である。今回我々は、そうした地域特性のなかで、身体合併症例に対応している当科の現状について調査し、精神障害者の身体合併症への対応について考察した。

対象と方法

2003年8月から2006年7月までの3年間に、他科領域で身体合併症を加療することを目的として当科に入院した87例を対象とした。他科入院中に精神症状が出現して一時的に当科に転科となった症例は除外した。当科の診療録から症例の年齢、性別、精神科病名、身体疾患名、受診先診療科、紹介元診療科（病院）、転帰などの項目について調査した。

結 果

1. 患者背景

調査の結果、3年間の当科総入院数427例中、身体診療科での治療が目的で入院となった患者は87例（21%）であった。1年毎に集計すると、同期間内に当科に入院した症例の17%（24例、2003年8月～2004年7月）、20%（25例、2004年8月～2005年7月）、24%（38例、2005年8月～2006年7月）に相当し、毎年増加傾向であった（図1）。1993 - 1997年の当科における統計10%¹⁾と比較しても、増加していた。

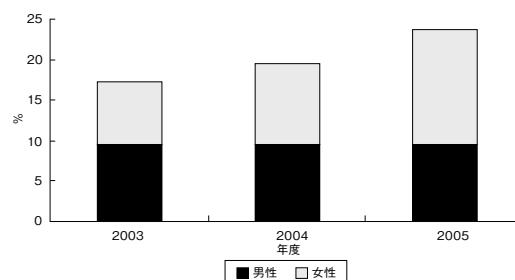


図1. 身体治療科の治療目的での当科入院患者の入院者数全体に占める割合の変化。

1) 宮崎大学医学部臨床神経科学講座精神医学分野
2) 宮崎県立富養園

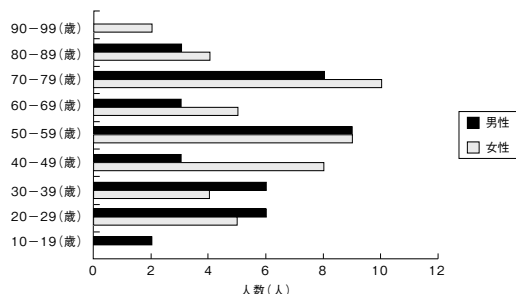


図2. 身体治療科の治療目的での当科入院患者の男女別年齢構成。

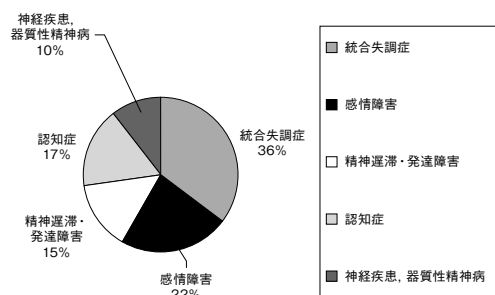


図3. 精神疾患別内訳。

87例の性別は男性40例，女性47例，平均年齢は54歳（13～90歳），平均在院日数は37日（3～238日）であった。87例中49例（56％）は任意入院であった。身体的拘束を要した症例は87例中31例（36％）であり，全例が医療保護入院であった。

身体診療科での治療が目的で入院となった患者87例の男女別の年齢構成では，男性は50歳代と70歳代に多く，女性では40歳～50歳代と70歳代以降に多くなる傾向がみられた（図2）。

精神疾患別の分類では，統合失調症圏内が首位を占め（31例，36％），感情障害圏（19例，22％），認知症（15例，17％）が続いた（図3）。3疾患群を合わせると全体の約8割となった。

紹介元の医療機関は県内全域の精神科病院からの紹介が全体の50％を占めた。院内の他科からの紹介は58例で，ほとんどの症例が在宅の精神障害者であった。

身体合併症治療に要した入院期間は，30日未満の入院が全体の約6割を占めた（図4）。

2. 身体合併症と治療診療科の背景

身体合併症の治療診療科は，内科（25例，29％），

眼科（14例，16％），外科（12例，14％），続いて歯科口腔外科（8例，9％），皮膚科（8例，9％）の順であった（図5）。

合併症疾患としては，腫瘍性疾患が最も多く（19例，21％），次いで眼疾患（12例，14％），歯科疾患（11例，13％）の順であった（図6）。

身体合併症治療の依頼が多かった診療科上位3科での状況を検討した。依頼された症例の多かった内科では，平均年齢55歳，平均入院日数は46日で感情障害が約3割を占めた。次に依頼症例の多い眼科に関する合併症例では，平均年齢は61歳で平均入院日

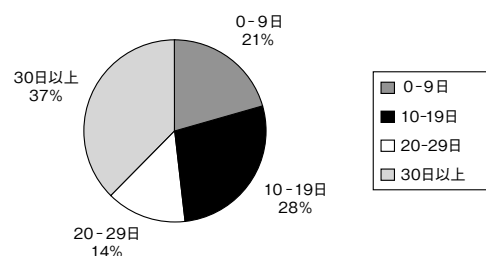


図4. 在院日数。

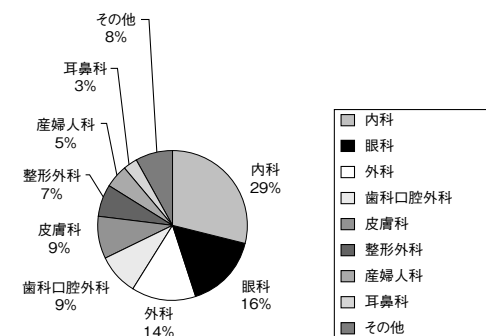


図5. 身体診療科による内訳。

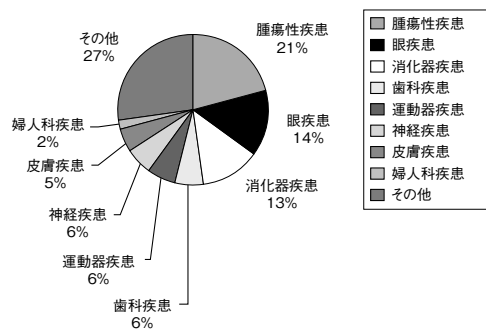


図6. 身体合併症内容による内訳。

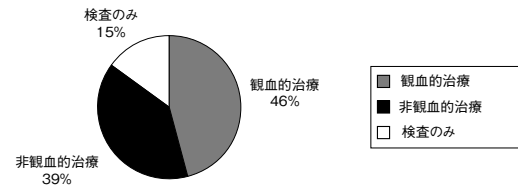


図7. 転帰.

数は26日で、65歳以上の高齢者が約50%を占めた。次に依頼症例の多い外科に関する合併症例では平均年齢は54歳で、平均入院日数は38日で統合失調症患者が半数を占めた。

3. 転帰

転帰として、観血的治療が行われた症例（40例、46%）、非観血的治療は（34例、39%）、検査のみ（13例、15%）であった（図7）。観血的治療を行った症例と非観血的治療を行った症例を合計すると74例（85%）が、当初の治療目的を果たして退院あるいは転院となっている。

考 察

コンサルテーション・リエゾン精神医学は、この20年の間に急速に発展し、精神医療の中心的役割を担っている²⁾。近年、総合病院における精神科患者の身体合併症症例・精神科救急症例への対応について数々の報告がみられる³⁾。

東京都など大都市圏でみられる東京都合併症事業など^{4,5,6)}、行政が松沢病院や立川病院などの精神科病院や青梅私立総合病院などの総合病院精神科、順天堂医院など大学病院などの合併症治療の指定病院に打診し、入院手配を行うシステムが1981年に発足している。このシステムの概要は、東京都内の精神科病床に発生した精神疾患を有する患者の身体合併症のうち、発生した病院や近隣の身体科病院で対応不可能なものを東京都健康局に合併症の重篤度や緊急性を含む患者情報を連絡、健康局職員が合併症事業に参画する都内の指定病院に転院を依頼し入院手配を行うというものである⁴⁾。しかし、本県などの地方都市では精神障害者の身体合併症を行う総合病院が少なく、大学病院に頼らざるを得ない現状がある。国立大学法人化や入院医療費包括化、卒後臨床

研修必修化^{7,8,9)}などの諸改革が推進されているなかで、地域における大学病院精神科へのニーズを的確に把握していく必要がある。なかでも地方都市における身体合併症に対応するシステムの構築は急務と考える。精神障害者の身体合併症例全てを特定の医療機関が引き受けるのには限界があり、他の診療科や医療機関との連携を容易にする診療協力体制の整備が望まれる。

精神障害者の身体合併症対応の問題に積極的に取り組んでいる診療機関の報告と、今回の我々の調査結果と交えて、大学病院精神科の役割について以下に考察する。

1) - 1. 患者背景について

年齢構成では更年期以降の女性患者、特に統合失調症や精神遅滞・発達障害、感情障害の患者が上位を占めていた。当院は、この年齢層の女性の好発疾患である乳癌、卵巣癌、子宮癌などの重要な治療施設として機能している。合併症の依頼をした診療科の上位を外科系の診療科が占め、精神障害を有する上記疾患の患者の外科的な治療が当院に集中する傾向がある。一方、男性では、40歳台以下の精神遅滞患者の手術例が8例と男性患者の20%を占めた。

精神疾患別内訳では統合失調症が上位を占め、感情障害（神経症・ストレス関連性障害・人格障害を含む）と精神遅滞・発達障害がそれに続いた。これは感情障害の患者は他の診療科でも受け入れは概ね良好で、精神科医師が往診するなど、リエゾン精神医療の範囲で対応可能となることが多かったためと推測された。

身体合併症症例の平均入院期間は37日と、当科の平均入院期間が約2～3ヵ月であるのに比較して短かった。これは外科系診療科のクリニカルパスの普及などに伴い、当科での合併症治療が、依頼科入院とほぼ同じ比較的短期間で行われていることを示している。

身体的拘束を要した症例は87例中31例（36%）であった。当科では身体的拘束による合併症¹⁰⁾に充分に注意して、徘徊・離床報知器なども併用しつつ、身体的拘束を必要最小限にとどめるよう配慮している。身体的拘束を要した31症例のうち約半数の15症例は70歳以上の高齢者であった。

身体合併症の紹介元（院外）は、県内全域の精神科から紹介されており、全県にまでおよぶ広範囲であった。身体合併症疾患の緊急性があるほど、この距離的な弊害は大きく、県内の各地での、身体合併症症例の治療体制を整える必要がある。院内他科からの紹介例は在宅の精神遅滞・発達障害患者が多く、その他は感情障害、不眠症などで時に精神科を受診していた症例であった。自殺未遂による骨折や熱傷など、精神疾患がその合併症の発生に深く関与したと思われる症例もあった。

1) - 2. 身体合併症と治療診療科の背景について

当科における今回の調査では、腫瘍性疾患、眼疾患、消化器疾患が合併症の上位を占めた。長期入院例では腫瘍性疾患の終末期症例が多く、このことは急性期の治療のみならず、ターミナルケア・緩和ケア的な対応も当科が担っていることを示している。

1) - 3. 転帰について

観血的治療例では全例が軽快の転帰を示した。しかし、手術後の生活指導を理解できずに、退院後1ヵ月で直腸脱が再発した症例も経験した。検査のみで、積極的な治療の必要性がないと判断された症例も13例（15%）経験した。身体疾患の治療の必要性を本人や家族に説明しても、理解が得られず当院での治療を断念せざるを得ない症例も1例（1%）経験した。こうした事例に対して、他科の医師との連携を密にして、精神科医師、精神保健福祉士、医療ケースワーカーなどが仲介役となり、生命予後に関わる処置等を受けるように本人・家族に勧めて行くことの重要性¹¹⁾を認識した。また、精神障害者の腫瘍性疾患について発見が遅れ、重症化してから発見されることも多く、本県の精神保健福祉センターでは精神科入院患者の癌検診の有用性¹²⁾についても指摘している。予防、検診の重要性という観点からも、患者の日常の訴えに対して身体疾患の有無を念頭において診察をしなければならないと考えられた。

2) 東京都での取り組みと合併症医療をとりまく国際的な状況

1200万人強の人口、50を超える精神科病院を有する東京都でも、精神障害者の身体合併症の問題は大きな課題である。1981年に東京都では合併症治療シ

ステム「東京都精神科患者身体合併症医療事業」（以下、合併症事業）が発足^{4,5,6)}し、行政主導で、困難が生じやすい精神障害者の合併症医療を円滑に進めようとした。現在、この合併症事業を通じた依頼件数は年々上昇傾向を示し、さまざまな疾病および緊急度の身体疾患における治療依頼が行われている。このことにより、従来から問題になっていた治療拒否を減らし、緊急性を要する患者を優先的に指定病院に転院できる。また、身体治療終了後に前医への帰院を書面にて約束することにより、指定病院側としては転院先を気にすることなく治療に専念できるという利点がある。

コンサルテーション・リエゾン精神医学発症の地アメリカでは、身体合併症を有する精神障害者や、身体疾患でも一般病棟で対応困難な精神症状を有する患者を、精神科医が主体となって身体疾患と精神疾患を合わせて診療するというMedical psychiatryという概念が登場し、その病棟をMedical psychiatry unit (MPU)^{2,13)}と呼ぶ。その根拠になっているのが、DRG (diagnosis-related groups)^{2,14)}という、診断によって診療報酬が規定される保険制度である。コンサルテーション・リエゾン精神医療のような活動は保険では評価されないため、この経済的な弱点を補うためにMedical psychiatryという新しい臨床形態が登場した。

東京都の立川病院（合併症事業指定病院）では、日本で初のMPUを1991年に設立し¹³⁾、合併症事業全体の20~30%の患者を受け入れている。MPUの最大の特徴は、合併症患者を精神科医が主治医として受け持ち、基本的な身体管理を含めて心身治療を統合する役割を担っていることである。

わが国でもMPUを持つ施設が登場したが、精神科医の身体管理能力の研修体制がそれを実践するのに充分ではなく普及していない。DRGの保険制度は、わが国でも検討されているが、1人の医師が精神疾患と身体疾患を管理する能力を身につけることは容易ではなく、チーム医療の一環としてコンサルテーション・リエゾン精神医療を機能させることが重要であると考えられる。

3) 地方都市での合併症治療と教育機関としての大学病院の特殊性

宮崎大学医学部附属病院精神科では、卒前・卒後の教育機関、研究機関としての機能の他に、高次医療の基幹病院としての役割を担っている。宮崎県は人口が114万人（2006年7月現在）¹⁵⁾、精神科入院患者数は5,702人（2005年6月現在）¹⁶⁾であるのに対して、入院施設を有する総合病院精神科が当院を含めて数少ない医療機関しかない現状からも、身体合併症治療の中核施設としての中心的な役割を果たしている。

当院は病床数616、うち精神科病床数40である。当科では酸素・吸引などの術後管理が可能な病床は4床と限られている。また一般の精神科入院患者との混合病棟であることから、身体合併症例の入院待機が発生することがあり、運用上の課題となっている。

総合病院精神科の病床不足は明らかであり、身体合併症治療の大半は各地域での診療協力体制に依存している現状がある。このような地域での診療協力体制では、医療経済上の支援はほとんどなく、医師やスタッフの努力や家族の協力で支えられているが、これには限界がある。前述の東京都合併症事業のような、行政主体の合併症対応システムが宮崎県のような地方都市では整備されていない。このため、精神障害者に身体合併症を発見した場合、身体科の医師や看護スタッフと精神科の医師や看護スタッフの間で、患者の治療の場を身体科又は精神科にするのかを、当院精神科の病棟医長を中心に患者家族の状況も含めて話し合い、決定するというシステムになっている。

卒後臨床研修制度の義務化に伴い、研修医の精神科研修も義務化され、精神科での統合失調症、感情障害、認知症などの典型的な精神神経疾患を研修医が主治医として経験する必要性もある。その一方、身体合併症の患者が増え続ける現状があり、重篤な身体合併症を有する精神障害者に対して、生命予後に関わる処置等を優先せざるを得ないため、精神科医師や看護師が本来、精神的なアプローチを必要とする患者へ時間を割くことができない状況もしばしばみられる。

卒後臨床研修で精神科での研修が義務化され、大学病院精神科の現状を経験した医師が、研修医を終

えて各身体診療科に入局して、より連携しやすくなったという利点もある。今後もコンサルテーション・リエゾン精神医療の啓発・実践を推し進め、一般身体患者の心理・社会的側面に対する配慮と、精神科患者の身体的側面に対する診療がともに、患者や家族のニーズに合致したものになることが期待される。今後、このような大学病院の特殊性も踏まえ、行政主導での合併症対応システムの整備が望まれる。

最後に、日頃当科との診療提携にご尽力いただいている諸先生方やコメディカルの皆様に感謝致します。

参 考 文 献

- 1) 武田龍一郎, 三山吉夫. 精神障害者の身体合併症への対応－医科大学精神科の現状－. 精神医学 1999; 41: 547-52.
- 2) 山脇成人. リエゾン精神医学とは. 浅井昌弘, 牛島定信, 倉知正佳, 小山 司, 中根充文, 三好功峰編. 臨床精神医学講座 第17巻. 第2版, 中山書店, 東京 2002: 3-8.
- 3) 及川 暁, 智田文徳, 中山秀樹, 他. 重症熱傷治療と精神的治療を同時に要した焼身自殺企図の2例. 精神科救急 2003; 6: 61-6.
- 4) 重村 淳, 野村総一郎, 上村秀樹. コンサルテーション・リエゾン精神医学の国際的状況 精神障害者の身体合併症医療システム東京都における合併症事業を主体に. 精神神経学雑誌 2003; 105: 339-45.
- 5) 羽藤邦利. 精神科救急における身体科救急との関係－医療機関, 救急隊, ユーザーとの連携から－. 精神神経学雑誌 2004; 106: 184-9.
- 6) 仮屋暢聡. 東京都精神科救急における身体合併症の救急システムについて. 精神神経学雑誌 2004; 106: 177-83.
- 7) 井上新平. 七者懇モデルをベースに集中セミナーを追加. 精神医学 2003; 45: 1060-2.
- 8) 河西千秋, 山田芳輝. 精神科研修で何を学ぶのか: ローテート研修システムの経験から. 精神医学 2003; 45: 1043-6.
- 9) 平安良雄, 佐藤玲子, 上原久美. 精神科卒後研修講座担当者の立場から. 精神医学 2006; 48: 975-80.
- 10) 小澤 勲. 高齢者の身体拘束をめぐる. 精神医学 2001; 43: 631-5.
- 11) 尾崎紀夫. コンサルテーション・リエゾン精神医学の実際. 精神神経学雑誌 2003; 105: 1431-6.
- 12) 細見 潤. 精神科入院患者に対する健康診査体制に関する研究. 精神神経学雑誌 1997; 99: 128-37.

- 13) Robert Gertler, Elzbieta M, Christopher J.
Evolution and evaluation of a medical psychiatric
unit. Gen Hosp Psychiatry 1995 ; 17 : 26-31.
 - 14) Hammer JS, Strain JJ, Friedberg A.
Operationalizing a bedside pen entry notebook
clinical database system in consultation-liaison
psychiatry. Gen Hosp Psychiatry 1995 ; 17 : 165-
72.
 - 15) 宮崎県統計調査課編. 宮崎県の現住人口. 2006 : 1.
 - 16) 宮崎県精神保健福祉連絡協議会編. 精神科病院在院
患者数. 精神保健福祉みやざき 2006 ; 46 : 56-7.
-